FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'ACCOUCHEMENT PAR HYSTERÉCTOMIE

SANS OUVERTURE PRÉALABLE DE L'UTÉRUS

L'ENFANT ÉTANT VIVANT

PAR

RENÉ LECOCQ

Président : M. BROCA, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
36, RUE SERPENTE, 36

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET, QUENU, N., HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SCHWARTZ
BRUMPT	LABBÉ MARCEL	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECÈNE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	VILLARET
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE LIEUTENANT PILOTE-AVIATEUR

PIERRE LECOCQ

TUÉ EN COMBAT AÉRIEN LE 22 MARS 1918

(*Croix de guerre*)

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

Le Docteur EMILE REYMOND

Sénateur de la Loire

Chirurgien de la Maison Départementale
de la Seine

pilote-aviateur, tué a l'ennemi le 21 octobre 1914

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de guerre

AU DOCTEUR MONPROFIT

Chevalier de la Légion d'Honneur, croix de guerre
Professeur de clinique chirurgicale
a l'École de Médecine d'Angers

Qui fut mon premier Maître vigoureux et précis

AU DOCTEUR MARCEL SÉNÉCHAL

Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre
Chirurgien assistant de la Maison de Nanterre

Auquel je dois beaucoup

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR AUGUSTE BROCA

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Pendant notre internat avec le Docteur Emile Reymond, nous avons pu apprécier la valeur chirurgicale de ce Maître regretté.

Dans un cas surtout, il fit preuve des plus grandes qualités de sang-froid et de prompte décision. Mis en face d'un cas obstétrical : Placenta prævia en travail avec hémorragies graves et difficulté, sinon impossibilité des manœuvres obstétricales habituelles, avant tout « *chirurgien, le Docteur Reymond a pris le bon parti. Sentant que la femme n'avait plus le droit d'une nouvelle hémorragie ; sachant que, dans ces conditions, le shock, d'un accouchement brusque, la moindre hémorragie au moment de la délivrance précipitent le plus souvent la mort de l'accouchée,, il a réalisé chirurgicalement l'hémastose en pratiquant l'hystérectomie* ». (Couvelaire).

C'est cette intervention que nous désirons présenter dans ce travail, heureux si, par là, nous apportons une part à l'étude des interventions chirurgicales

au cours de l'accouchement et heureux, en même temps, de faire de notre modeste travail un hommage à la mémoire de notre Maître.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Nous n'insisterons pas sur les origines des interventions ayant pour but d'extraire de l'utérus gravide à terme ou au voisinage du terme un fœtus vivant dont l'extraction est impossible par les voies naturelles.

Aussi bien n'entre-t-il pas dans notre sujet de faire l'histoire des césariennes et de leurs diverses modalités opératoires, césariennes transpéritonéales sous-péritonéales ou vaginales.

Nous poserons simplement, en principe, que dans certains cas nettement déterminés, après avoir fait l'objet de discussions nombreuses, il est nécessaire de pratiquer une hystérectomie ayant pour but d'extraire de l'utérus un enfant vivant alors que l'accouchement par les voies naturelles est impossible.

Nous verrons, plus loin, qu'il y a même souvent intérêt, à notre avis, pour la mère et l'enfant, à pré-

férer l'intervention sanglante à certaines manœuvres obstétricales qui, pour paraître moins traumatisantes, n'en sont pas moins plus graves. Ceci est en particulier indiqué dans les cas de césarienne pour insertion vicieuse du placenta.

Mais une fois l'indication opératoire de la césarienne posée, une autre question tout au moins aussi embarrassante et importante se pose. Cet utérus que l'on se prépare à vider de son contenu fœtal et placentaire peut, dans certains cas, être suturé et conservé : c'est la césarienne conservatrice. Il se peut, au contraire, qu'il faille supprimer cet utérus dans sa totalité ou en partie. C'est alors la césarienne mutilatrice ou hystérectomie. Les classiques la définissent en général : une opération dans laquelle on enlève tout ou partie de l'utérus après en avoir extrait le fœtus.

Il est également classique d'en distinguer trois grandes variétés :

1° L'hystérectomie abdominale subtotale.

2° L'hystérectomie abdominale totale.

3° L'amputation utéro-ovarique ou opération de Porro.

Ces trois interventions ainsi qu'il est très important de le faire remarquer sont communément pratiquées secondairement à l'opération césarienne dont elles sont le complément. Donc, après avoir incisé la paroi abdominale antérieure sur une longueur de 23 à 25 centimètres, on énuclée l'utérus de

la cavité péritonéale, on garnit soigneusement de champs stérilisés afin de protéger et maintenir la masse intestinale, on pratique l'hystérotomie et on extrait l'enfant, on sectionne le cordon entre deux ligatures et on donne l'enfant à l'aide chargé de s'en occuper.

L'opération césarienne proprement dite continue alors par l'extraction de l'arrière-faix et la suture de l'utérus. Lorsque l'on veut enlever l'utérus, au contraire, on ne s'occupe pas du placenta, on ne suture pas, on se contente de bourrer la cavité utérine avec des grandes compresses et de rapprocher les lèvres de la plaie à l'aide de pinces tire-balles. C'est à ce moment qu'il convient d'opérer différemment, suivant le procédé choisi.

Dans l'hystérectomie subtotale, on enlève l'utérus sans son col, suivant la technique opératoire classique, comme si on enlevait un utérus fibromateux.

Dans l'hystérectomie totale, on enlève également le col. Cette opération plus longue et plus difficile que la précédente est employée dans quelques cas notamment quand il y a déchirure du col, infection interne ou cancer opérable du col.

Mais ces deux procédés sont par eux mêmes assez longs et encore l'hystérectomie a-t-elle été précédée de l'hystérotomie. La femme prend de l'anesthésique, elle saigne ; l'utérus ayant été ouvert dans la région opératoire, elle risque de s'infecter. On a donc très vite songé à raccourcir le plus possible ce second temps opératoire.

C'est à cela que vise l'amputation utéro-ovarique réglementée par Porro, accoucheur de Pavie, en 1875.

Au lieu de lier les pédicules comme dans l'hystérectomie subtotale, on passe en arrière de l'utérus et le plus près possible du col un tube de caoutchouc assez long, que l'on serre, après lui avoir fait embrasser deux fois la circonférence du segment inférieur et que l'on fixe par une pince. On fait ainsi une hémostase en bloc. Ce pédicule est fixé alors dans l'angle inférieur de la plaie abdominale qui est refermée dans toute sa partie supérieure. On adosse soigneusement le péritoine pariétal au péritoine viscéral, on passe au-dessous de la ligature deux broches métalliques se croisant en X et dont les deux extrémités reposent sur des tampons de compresses. Enfin on sectionne l'utérus à trois centimètres au-dessus de la ligature élastique.

Telles sont, sommairement rappelées, les diverses techniques opératoires employées classiquement pour extraire de l'utérus qu'il faut enlever secondairement, un fœtus vivant que l'on ne peut extraire par les voies naturelles.

CHAPITRE II

INDICATIONS OPÉRATOIRES DE LA CÉSARIENNE MUTILATRICE

Certaines indications opératoires de la césarienne mutilatrice sont acceptées de tous et ne supportent plus guère de discussion.

Dans les cas de *cancers utérins*, il est évident qu'il y a nécessité à enlever l'utérus. Si le cancer est limité, l'opération est faite en vue de l'exérèse du néoplasme. Il y a lieu de pratiquer l'hystérectomie totale. Si le cancer n'est pas limité on pratique également l'hystérectomie qui a pour avantage de supprimer une cause grave d'infection en enlevant le corps de l'utérus.

Les *fibromes* presque sous-péritonéaux seront évidemment justiciables d'une myomectomie ; dans dans les cas où cette intervention est impraticable,

on doit recourir à une des variétés d'hystérectomie, notamment pour utérus fibromateux.

L'amputation utéro-ovarique aura aussi son indication dans le cas d'*ostéomalacie* où elle enraye la marche des accidents. (Sänger, Fehling).

La *rupture imminente de l'utérus* signalée par l'existence de la contraction permanente tétaniforme de l'utérus, la sensation de crampe continue (Levret), l'ascension de l'anneau de Bandl (Frommel), peut être considéré comme une indication de laparotomie suivie de césarienne ou d'hystérectomie en cas de craintes d'infection de la brèche utérine (Boquel).

L'*infection amniotique* due à une rupture prématurée de la poche des eaux est évidemment un accident qui entraîne l'ablation de l'utérus infecté : Il est de règle dans la césarienne d'enlever l'utérus si la poche des eaux est rompue depuis plus d'une heure, ou lorsque, la poche étant rompue, il y a eu de nombreux examens, on a de grandes raisons de croire alors que l'infection est déjà chose faite.

Dans le cas d'*inertie utérine complète*, survenant au cours de la césarienne conservatrice, il est évident qu'il faut enlever cet utérus qui ne se contracte plus et qui, par suite, fait craindre des hémorragies mettant la vie de la femme en danger.

Enfin il reste une dernière catégorie de cas, peu étudiés croyons-nous, où l'hystérectomie peut suivre la césarienne. A vrai dire, sur ce sujet, nous hésitons encore à nous prononcer bien que l'examen de

l'utérus enlevé au cours d'un cas semblable, nous ait montré que l'exérèse était justifiée. C'est le cas du *placenta prævia* avec infiltration du muscle utérin. Nous croyons qu'il faut rapprocher ce cas de ce qui se passe au cas de menace de rupture utérine.

Notre Maître E. Reymond, ayant enlevé un utérus gravide pour hémorragies répétées par placenta prœvia, l'histologie montra que cet utérus était infiltré de sang comme s'il avait été contusionné fortement. Une suture dans un tel utérus ne pouvait qu'entraîner des complications presque sûrement fatales. (Obs. I).

Il y a, en outre, des cas de dystocie complexes ou, à l'hémorragie par insertion vicieuse, s'ajoute un obstacle à l'accouchement par les voies naturelles. De nombreuses sections césariennes habituellement suivies d'hystérectomies ont été depuis longtemps pratiquées dans ces cas.

En France, les observations de Lepage — dystocie par fibromes utérins — hémorragie grave liée à une insertion basse du placenta. Opérations de Porro, de Pinard, de Vanverts.

Dans ces cas, l'intervention rapide avec le minimum possible d'anesthésie et d'hémorragie sera formellement indiquée et M. Couvelaire estime, à bon droit, que l'opération radicale (Porro) est le procédé de choix. « Le souvenir récent d'un cas d'hémorragie rétro-placentaire très grave que j'avais traité avec succès par un Porro exécuté en 13 minutes avec 10 grammes de chloroforme, me donne à penser que

l'on pourra obtenir des succès dans les cas d'hémorragie par placenta prœvia négligés en réalisant chirurgicalement l'hémostase et en supprimant l'organe qui sert de porte d'entrée à la septicémie. »

CHAPITRE III

CRITIQUE DE LA CÉSARIENNE SUIVIE DE L'HYSTÉRECTOMIE

Sans doute les procédés que nous venons de décrire ont leur valeur et dans bien des cas ils ont permis de sauver des vies pour lesquelles on pouvait avoir les plus grandes craintes.

Mais nous estimons qu'ils ne sont pas sans danger. Nous allons donc voir quels sont ces dangers et nous chercherons ensuite s'il n'est pas possible de les éviter.

Voici une femme : La césarienne mutilatrice est reconnue nécessaire. Elle sera mutilatrice parce que l'utérus est infecté. Que fera le chirurgien ?

Il garnira bien son champ opératoire.

Il protégera de son mieux la cavité péritonéale une fois l'utérus énucléé. Puis, faute de mieux, il ou-

vrira cette cavité infectée en plein milieu de son champ opératoire. Il laissera, quoi qu'il fasse, couler sur ses compresses, barrière bien faible à l'infection, ce qui reste de liquide amniotique infecté. Ce danger de l'ouverture *in situ* d'un utérus infecté saute trop bien aux yeux pour que nous insistions plus longtemps. Il faut sans doute ouvrir l'utérus pour sortir l'enfant qui demande à vivre, mais il faut chercher le moyen de l'ouvrir loin de la région opératoire. Ainsi on ne courra pas les risques d'infection ou tout au moins ces risques seront réduits au minimum.

Voici une parturiente qui présente un début de cancer du corps de l'utérus. La section césarienne va porter au milieu du tissu néoplasique. La récidive est infiniment plus probable, et, de même que la brèche utérine expose à l'infection microbienne, nous croyons qu'elle ouvre la porte à la dissémination plus rapide et plus certaine des néoplasies. Il y a lieu, ici encore, d'essayer de n'ouvrir cet utérus que hors du champ opératoire.

Cette autre femme, enfin, saigne abondamment, les voies naturelles sont impraticables. Il faut opérer par en haut et sans perdre de temps. Que nous propose-t-on? Deux interventions consécutives, se confondant sans doute dans certains de leurs temps, mais néanmoins distinctes. Il faut, en effet, d'abord vider l'utérus puis l'enlever. Et pendant ce temps la femme saigne. Nous connaissons la sûreté des chirurgiens actuels ; nous ne doutons pas de l'habileté

de leurs mains et de la rapidité de leurs gestes, mais l'ouverture de l'utérus, l'extraction de l'enfant, l'hémostase du cordon, sa section, demandent du temps et après cela, il faudra encore enlever l'utérus. En plus de l'hémorragie spontanée, l'opérateur crée une hémorragie opératoire qui peut ne pas être sans danger. Il tamponne l'utérus, mais la tranche saigne quand même. Gêné par ce sang, il pratique l'hystérectomie beaucoup moins sûrement que dans une intervention exangue. Si donc, on ne faisait qu'une opération on gagnerait du temps ; la femme saignerait moins et prendrait moins d'anesthésique.

En pareil cas, plus que jamais, il ne faudrait pas se dépêcher, mais ne pas perdre de temps.

CHAPITRE IV

CRITIQUE DE L'OPÉRATION DE PORRO

Pour gagner du temps, le chirurgien a recours à l'opération de Porro. N'ayant à pratiquer qu'une seule ligature rapidement faite par le lien de caoutchouc, il gagnera beaucoup de temps et c'est justement ce désir légitime qui justifie l'emploi, si décrié par les chirurgiens, du procédé de Porro. L'opération de Porro serait parfaite si elle ne présentait pas les graves inconvénients que nous allons maintenant étudier.

Il faut, en effet, pour éviter l'hémorragie secondaire par glissement du lien de caoutchouc, ne pas pratiquer la section utéro-ovarienne au ras du lien, le moignon extra péritonéal doit être exubérant. Et ce moignon, serré à sa base, va se sphacéler. Tous ceux qui ont fréquenté assidûment les services d'accouchements se souviendront de cette odeur gênante

pour l'entourage, obsédante pour l'opérée, qui se dégage du pansement, traversant les couches les plus épaisses de coton. Ce moignon qui se sphacèle, malgré l'adossement soigneusement fait du péritoine viscéral et du péritoine pariétal n'est-il pas une porte d'entrée toute ouverte à l'infection? Ce tissu qui se gangrène n'est-il pas un excellent milieu de culture? A l'odeur putride du moignon s'ajoute son danger énorme d'infection.

La longueur de la convalescence au cours de laquelle la femme est gênée pour s'occuper de son enfant et le nourrir, quand elle n'en est pas complètement empêchée, est aussi un des inconvénients du procédé de Poro. Pendant de longs jours il faudra que cette femme reste couchée ; pendant plus longtemps encore, il faudra qu'elle se fasse changer des pansements malodorants, les pédicules mettant environ 50 jours pour se détacher.

Aussi, en voyant ces bourgeons en chou-fleur, les anciens espéraient diminuer la période de convalescence en diminuant la longueur du moignon et ils essayaient de le réduire au minimum. Mais alors, avec un moignon trop petit, on risquait de voir glisser le lien de caoutchouc.

En effet, cette éventualité de glissement du lien et l'hémorragie qui en résulte secondairement constituent, à notre avis, un grave danger de l'opération de Porro. Ce lien peut glisser quoique bien serré. Il peut se dénouer ou se rompre. On comprend à quel danger d'hémorragie expose cet accident. Hémorra-

gie grave, car il est difficile de pincer les vaisseaux sur les parties latérales du moignon qui se rétracte dans le ventre. Aussi Patocki a-t-il, en plus des broches, préconisé l'emploi d'une forte ligature à la soie des pédicules vasculaires utérins.

Ces broches nécessitent une instrumentation spéciale ; elles occasionnent, en outre, des douleurs assez vives en s'appuyant sur la paroi où elles ont souvent causé des escarres profondes longues à cicatriser.

C'est pour éviter cet inconvénient que M. Bouffe de Saint-Blaise proposa de fixer le moignon à la paroi abdominale, par deux gros fils d'argent passés en haut et en bas du moignon dans les replis péritonéaux déterminés par les liens de caoutchouc.

Enfin, le moignon utérin tombé au bout de cinquante jours, d'autres inconvénients subsistent encore.

Nous ne parlerons pas de la cicatrice rétractée, affreuse à voir qui reste à la suite d'un Porro.

Elle n'est pas à mettre en balance avec la vie de la femme ; néanmoins, si on pouvait l'éviter, ce serait un gros progrès. D'autant plus que, toute question esthétique mise à part, elle se complique de troubles souvent graves dus à l'adhérence de la paroi avec un organe pelvien. La vessie serrée entre le moignon utérin adhérent à la paroi et le pubis est peu à son aise pour se dilater et on a souvent noté des troubles vésicaux dans ces cas.

L'éventration peut également se produire autour du moignon.

Nous voyons donc que, sans méconnaître les mérites de l'opération de Porro, nous pouvons dire avec beaucoup de chirurgiens, que cette opération est sale et peu chirurgicale. Il faut donc, autant que possible, ne pas la pratiquer.

CHAPITRE V

ACCOUCHEMENT PAR HYSTÉRECTOMIE

sans ouverture préalable de l'utérus

Il faut cependant, nous dira-t-on, recourir à l'opération de Porro qui, par sa rapidité, a sauvé bien des existences. Nous répondrons négativement en proposant un nouveau procédé opératoire qui, nous en sommes assurés, séduira tous ceux qui l'emploieront.

Ce procédé opératoire, nouveau non par sa technique mais par son emploi, mérite en effet de retenir l'attention, non seulement des chirurgiens, mais également de tous les accoucheurs. C'est l'hystérectomie subtotale ou totale, suivant les cas, pratiquée suivant les techniques habituelles mais sans ouverture préalable de l'utérus.

Au lieu de commencer par une hystérotomie que l'on fait suivre d'une hystérectomie, d'où deux temps

opératoires, l'*utérus est enlevé en bloc avec son contenu fœtal comme s'il s'agissait d'un gros fibrome, puis une fois l'utérus enlevé et pendant que l'opérateur continue son intervention, l'utérus est ouvert par un aide, loin du champ opératoire et même, quand la disposition des locaux le permet, dans une autre salle.*

Cette intervention simple et pratique évite, ainsi que nous le verrons, tous les inconvénients de l'hystérectomie secondaire et de l'amputation utéro-ovarienne de Porro.

C'est alors que nous étions interne à la Maison départementale de la Seine, dans le service d'un Maître que nous ne saurions assez regretter, que cette opération a été pratiquée pour la première fois et avec le succès le plus complet, par le Docteur Emile Reymond.

Rompant avec les traditions, guidé par un instinct chirurgical qui ne lui fit jamais défaut, sûr de sa technique et de la rapidité de son bistouri, M. Reymond enleva, le 17 octobre 1911, un utérus gravide à terme, contenant un enfant *vivant*, sans hystérotomie préalable, comme il aurait enlevé un fibrome volumineux, réalisant chirurgicalement l'hémostase et sauvant la mère et l'enfant (Obs. I). L'utérus fut ouvert dans une salle voisine, l'enfant en fut retiré vivant. La mère et l'enfant quittèrent le service de la Maison Départementale le 15 novembre 1911, en parfait état de santé.

Ce que notre regretté maître considérait alors

comme un cas exceptionnel, s'est répété quatre fois depuis et chaque fois l'enfant fut sauvé. Une seule fois la mère succomba aux suites d'une péritonite diffuse et disons de suite qu'elle était profondément infectée lors de l'opération.

C'est donc sur cinq observations que nous basons notre étude. Notre départ aux armées, la fermeture momentanée du service chirurgicale de la Maison de Nanterre ont fait, peut-être, que nous ne pouvons apporter de plus nombreuses observations de ce genre d'interventions.

CHAPITRE VI

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les indications opératoires sont celles de l'hystérectomie ou de l'opération de Porro. Elles sont encore plus précises du fait que l'on supprime complètement l'hémorragie et les risques d'infection.

Pour ne pas revenir longuement sur une question déjà étudiée, nous résumerons rapidement ces indications.

1° Infection probable de l'utérus lorsque l'accouchement ne peut se faire sans danger par les voies naturelles (Obs. IV).

2° Nécessité d'enlever un utérus gravide à terme fibromateux ou cancéreux (Obs. II).

3° Nécessité d'un accouchement rapide dans les cas d'imminence de rupture utérine (Obs. III et V).

4° Inertie utérine complète constatée au moment où l'on se propose de pratiquer une césarienne.

5° Placenta prœvia avec hémorragies graves ou avec infiltration sanguine du muscle utérin (Obs. I et V).

6° Nécessité d'enrayer des accidents d'ostéomalacie.

Dans tous ces cas, la vie du fœtus étant constatée, l'accouchement par les voies naturelles étant impossible, on pratiquera l'hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus, suivant la technique que nous allons décrire.

CHAPITRE VII

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'arsenal chirurgical nécessaire est peu compliqué. C'est celui auquel on est accoutumé pour toute hystérectomie. On aura cependant soin de préparer un grand plateau stérilisé pouvant porter l'utérus gravide loin de la table d'opération et, si possible, dans une salle à côté. On aura préparé une grande paire de ciseaux à bouts arrondis (les ciseaux à pansements par exemple) devant servir à ouvrir l'utérus sans risquer de blesser l'enfant. Naturellement tout le matériel nécessaire à la ligature et à la section du cordon. Des bains chaud et froid et sinapisé, de l'alcool pour ranimer l'enfant qui vient souvent en état de mort apparente, seront en même temps préparés dans cette seconde pièce où se fera l'ouverture de l'utérus et l'extraction de l'enfant tandis que dans la salle d'opération le chirurgien terminera l'intervention.

La femme sera préparée autant que les circonstances le permettront, mais le plus souvent il s'agit d'opération d'urgence et on a juste le temps de prendre les précautions d'aseptie, sans pouvoir s'occuper d'évacuer le tube digestif. Une injection antiseptique nettoiera le vagin que l'on peut avoir à ouvrir dans le cas d'hystérectomie totale ou au cas de col déjà entr'ouvert. La malade sera sondée. L'anesthésie pratiquée et la femme en position de Tredelenbourg, la paroi sera aseptisée comme de coutume.

Incision abdominale sus-ombilico sus-pubienne de 23 à 25 centimètres, de façon à pouvoir extérioriser aisément l'utérus. On se souviendra que la paroi abdominale distendue est très mince et on incisera avec prudence. Une fois le péritoine ouvert, la main glissée sous la face postérieure de l'utérus permettra de le sortir en entier de la cavité abdominale. A l'aide de plusieurs grands champs, on protège alors soigneusement la masse intestinale et on la maintient en place.

Un écarteur sera placé au-dessous de l'utérus. Les deux ligaments larges droit et gauche, sont pincés et sectionnés entre les pinces. On peut, si on préfère, les lier de suite, avant de sectionner. On agit de même vis-à-vis des ligaments ronds.

On incise alors le péritoine sur la face antérieure du segment inférieur de l'utérus ainsi que le feuillet antérieur des ligaments larges entre les deux points où sont sectionnés les ligaments ronds. On décolle le péritoine de la face antérieure de l'utérus avec une

compresse refoulant du même coup la vessie. Cette manœuvre permet alors de voir les deux artères utérines au moment où elles abordent le col de l'utérus. Jusque là, l'opération s'est faite comme une hystérectomie banale. Il s'agit, maintenant, de pincer les deux artères utérines, de les sectionner et de désinsérer l'utérus du vagin ou de sectionner le col. Cette phase de l'opération doit être faite très rapidement. A partir du pincement de la seconde utérine, la circulation maternelle est interrompue et le fœtus menacé d'asphyxie. Aussi conseillons-nous de procéder suivant la technique employée avec succès dans le service de M. Reymond. L'une des utérines pincées et sectionnée entre deux pinces, le col s'il s'agit d'une hystérectomie subtotale, le vagin s'il s'agit d'une totale est sectionné jusqu'au voisinage de la seconde artère utérine. L'utérine qui reste assure encore la continuité de la circulation materno fœtale. Il suffit alors de poser rapidement une pince sur la seconde utérine et de sectioner cette artère au-dessus pour libérer complètement l'utérus.

L'utérus avec son contenu est alors posé sur un grand plateau stérilisé préparé à cet effet, que l'on emporte dans la salle voisine. L'aide chargé de l'enfant l'y ouvre.

Le chirurgien ne s'occupe plus alors de l'utérus. Il fait alors ses ligatures, si ce n'est déjà fait, sur ses six pédicules vasculaires, suture le col ou le vagin, fait par dessus le moignon un surjet péritonéal.

Les champs placés contre l'intestin sont alors retirés soigneusement, en évitant, pour plus de sûreté, de laisser couler dans le péritoine les quelques gouttes de liquide dont ils peuvent être souillés.

Nous conseillons de faire un badigeonnage des anses et du péritoine à l'aide d'une compresse imbibée d'éther. Ceci pour éviter tout risque d'infection.

La paroi abdominale sera suturée suivant la technique à laquelle on est accoutumé.

Pendant ce temps, l'aide chargé de l'enfant a ouvert aux ciseaux la face antérieure de l'utérus, partant du col et a sorti l'enfant. Il lie et sectionne le cordon et si cela est nécessaire, ranime le fœtus étonné le plus souvent ou en état de mort apparente.

Telle est la technique de cette intervention.

Comme on a pu s'en rendre compte, c'est l'hystérectomie banale mais pratiquée de façon à ne laisser s'écouler qu'un minimum de temps entre le moment où on pince le dernier pédicule vasculaire et le moment où l'enfant est sorti de l'utérus.

Dans les observations II et IV, le temps ainsi écoulé a été chronométré. Dans l'observation II il s'est écoulé 10 secondes entre le moment où on a pincé la seconde utérine et l'ablation de l'utérus et trente secondes entre le moment où on a pincé la seconde utérine et la sortie de l'enfant vivant.

Dans l'observation n° IV, il s'est écoulé 27 secondes entre le pincement de la deuxième utérine et le moment où l'enfant a poussé son premier cri.

Nous verrons que ce temps est loin d'être assez long pour risquer en quoi que ce soit de compromettre la vitalité du fœtus.

CHAPITRE VIII

AVANTAGES DE CE PROCÉDÉ

La simplicité de ce procédé, sa similitude absolue avec les techniques ordinaires de chirurgie utérine, l'absence de tout matériel spécial (Broches, lien en caoutchouc) sont déjà des arguments qui militent en sa faveur. Mais il est encore d'autres avantages que nous allons maintenant étudier et qui font que cette opération mérite d'être pratiquée dans tous les cas où l'hystérectomie est formellement indiquée.

Parmi les indications de l'intervention, nous avons signalé l'infection de la poche amniotique. Il est évident que si on pratique l'hystérotomie suivie d'hystérectomie, on ouvre l'utérus infecté au-dessus de la région opératoire. Si bien que l'intestin soit isolé par des champs, quelques gouttes de liquide infecté peuvent tomber dans la cavité péritonéale. En tous cas, les champs sont souillés et en les enlevant on risque d'infecter le péritoine. Par le procédé employé par

M. Reymond, ces craintes d'infection sont très diminuées. L'utérus est ouvert par un aide qui ne touche pas même de loin, à l'intervention, dans une pièce isolée.

De plus il n'y a pas d'hémorragies appréciables, tous les pédicules étant pincés avant section. Le saignement inévitable si on pratique l'hystérotomie préalable est ainsi totalement évité. La femme, souvent anémiée déjà par les hémorragies précédentes, ne perdra que le sang contenu dans son utérus, ce qui est peu au regard de ce qu'elle perd en cas d'hystérotomie préalable. « Il a là un fait intéressant à mettre en relief car la perte de sang inséparable de la section césarienne a pu être évitée sans que le fœtus ait eu à en souffrir » (Couvelaire).

La rapidité de l'opération limitée à une opération ordinaire d'hystérectomie au lieu d'une hystérotomie suivie d'hystérectomie permet de ne faire absorber à la femme, (déjà prédisposée à l'intoxication de par sa gestation) que des quantités minimes d'anesthésiques, ce qui a une grosse importance.

Enfin, une fois l'intervention terminée, on a devant soi une suture nette. Pas de moignon à la peau, moignon qui doit se sphacéler avec ou sans broches, pas de lien de caoutchouc, simplement une suture aux crins ou aux agrafes.

Pas ou peu de pansements consécutifs.

CHAPITRE IX

SUITES OPÉRATOIRES ET PRONOSTICS MATERNELS

En effet, les suites opératoires sont des plus banales.

Elles sont absolument celles de l'hystérectomie ordinaire et le pronostic est identique. Dans le service de chirurgie de la Maison Départementale, il est de coutume d'enlever les fils ou les agrafes du 7e au 10e jour après l'intervention et, sauf drainage ou température, de ne pas toucher au pansement auparavant. C'est ce qui fut fait dans toutes nos observations. Le premier pansement ne fut enlevé qu'au dixième jour pour l'ablation des fils. Le lever de la malade eut lieu vers le 14e ou 15e jour. On s'étonnera peut-être du fait que certaines de nos malades restèrent relativement longtemps dans le service. En voici les causes. La malade de l'obs. I était très anémiée

et, bien qu'elle se levât depuis plusieurs jours, on s'opposa à sa sortie en raison de sa pâleur. La sortie eut lieu un mois moins deux jours après l'intervention (17 octobre-15 novembre).

La malade de l'obs. II resta 37 jours dans le service (20 juillet-27 août). On notera qu'il s'agissait d'un cas suspect de néoplasme et M. Reymond ne voulut pas que la malade sortît avant qu'un examen histologique consciencieux eut montré la nature maligne des noyaux constatés dans le col.

La malade de l'obs. III sortit normalement au 19e jours (22 septembre 1913), mais un fait permet de juger de la marche satisfaisante de la convalescence, cela nettement.

Toutes nos opérées commencèrent à nourrir leur enfant deux ou trois jours après l'opération et purent le continuer sans inconvénient.

Deux de ces opérées (obs. III et V) ont été revues plusieurs mois après l'opération. Leur état de santé était excellent. Il n'y avait pas trace d'éventration et pourtant l'une d'elle (obs. V), avait repris un travail fatigant deux mois après l'intervention.

En résumé, le pronostic maternel est excellent. Sauf dans un cas où le décès survint au 4e jour, la guérison se produisit très rapidement.

CHAPITRE X

PRONOSTIC FŒTAL

Ceci est le point le plus délicat de la question : jusqu'à la première opération faite le 17 octobre 1910 par M. Emile Reymond, on n'avait pas pu penser avoir, par un pareil procédé, un enfant vivant.

M. Couvelaire avait, en effet, pratiqué une hystérectomie supra-vaginale sans évacuation préalable de l'utérus et en avait présenté l'observation. *Mais il s'agissait d'un enfant mort.* Dans nos observations l'enfant était vivant avant l'opération. Nous croyons que ce fut presque une surprise pour M. Reymond lui-même que d'entendre crier l'enfant alors qu'il jetait la première ligature sur un pédicule vasculaire (obs. I).

Il s'agissait, avant tout, de sauver la mère dont la vie était gravement compromise.

Fort de ce succès, notre Maître se crut autorisé à renouveler l'opération mais en la réglant bien et en

vérifiant le temps écoulé pour chaque temps opératoire. Le succès fut le même. Depuis, ce qui avait été considéré comme exceptionnel se réalisa à plusieurs reprises et actuellement nous pouvons dire avec M. Couvelaire :

« De ce fait, il semble permis de ne plus limiter aux cas où le fœtus a succombé et aux cas où le fœtus n'est pas viable, les indications de cette hystérectomie sans ouverture préalable. »

Si nous cherchons, en effet, dans l'obstétrique des cas où la circulation maternelle est interrompue, nous verrons que l'arrêt que nous imposons à cette circulation au cours de l'intervention de Reymond est minime et ne peut en rien nuire à la vitalité du fœtus.

En effet, dans la césarienne *post-mortem*, le fœtus a souvent pu être sauvé. La religion qui rendait jadis ces opérations obligatoires était, sur ce point, d'accord avec la science, laquelle dit qu'il faut pratiquer la césarienne sur la femme morte, chaque fois que l'enfant est vivant. De même que chaque fois où on n'est pas absolument sûr de sa mort.

L'enfant a pu être extrait vivant plusieurs heures après la mort de la mère et, s'il a succombé, c'est que « la mort de la mère est généralement précédée d'une période d'asphyxie pendant laquelle le fœtus s'asphyxie également ». (Ribemont-Dessaignes et Lepage). C'est pour cela que dans les cas de mort accidentelle de la mère, on a toutes les chances d'extraire l'enfant vivant, tandis que si le décès est occasionné

par une infection ou une intoxication, l'enfant a beaucoup moins de chances de survie. Que sont les quelques secondes d'arrêt de la circulation inter-utéro placentaire dans l'opération que nous étudions par rapport aux minutes (1 heure ou 2 heures) où cette circulation peut être interrompue dans les césariennes après mort de la mère.

Bien plus, dans le cas de procidence du cordon, la circulation placento-fœtale peut être interrompue pendant un laps de temps important sans que le fœtus succombe. Il faut une compression forte et prolongée pour amener sa mort.

C'est pourquoi, à la réflexion, on ne sera pas étonné de constater que dans nos cinq observations l'enfant a survécu. La vie de l'enfant constatée avant l'intervention ne pouvait être interrompue par un arrêt de 30 secondes de circulation maternelle. Il restait dans le sang placentaire suffisamment d'oxygène pour empêcher l'asphyxie.

En résumé : Chaque fois qu'avant l'opération on a perçu les bruits du cœur du fœtus, on sera autorisé à espérer extraire un enfant vivant.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Service de M. le Docteur Reymond*).

Opérée par MM. Reymond et Casalis

G..., femme de 39 ans, III pare.

Antécédents : Réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans. En 1895, premier accouchement.

Pas d'albumine pendant la grossesse. Fille, née à terme, nourrie 2 mois au sein, puis au biberon par sa mère; actuellement vivante.

En 1908, deuxième grossesse.

Le 19 mai 1908, expulsion d'un fœtus de 2 mois $\frac{1}{2}$, à la suite de laquelle on fait un curettage à Lariboisière.

En juin 1908, laparotomie (incision médiane ombilico-pubienne). Pas de renseignements précis sur cette intervention chirurgicale.

Depuis ce temps, la malade a toujours souffert du ventre, surtout à gauche, mais pas assez pour être obligée d'interrompre son travail.

Grossesse actuelle : Dernières règles le 22 décembre 1909. Vers le 10 septembre 1910, la femme a commencé à avoir des pertes sanglantes dont l'importance est telle que le 17 septembre elle entre dans le service de chirurgie de la Maison départementale de Nanterre.

A son entrée on constate la présence de grosses quantités

d'albumine dans les urines. Repos absolu et régime lacté. Puis, au bout de 15 jours, les symptômes s'étant amendés, on la met au régime maigre déchloruré.

Les pertes sanguines ont diminué, mais persistent toujours.

Le 17 octobre 1910, à 1 heure du matin, perte de sang assez abondante et apparition des premières contractions utérines douloureuses.

A 2 heures du matin, premier examen. Pouls : 80. Palper : tête en bas, dos à gauche. Auscultation bonne. Toucher : col très haut derrière la symphise, dilaté comme 1 franc. A travers l'orifice, on sent un pôle fœtal résistant et recouvert d'une couche de tissu membraneux très épaisse. La dilatation est insuffisante pour explorer l'œuf davantage et l'on croit à une poche des eaux très épaisse coiffant la tête fœtale.

Toute la matinée, la femme perd du sang, mais très peu.

Le pouls se maintient vers 80 à 84. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Les contractions utérines douloureuses sont faibles et espacées.

Vers 3 heures de l'après-midi les pertes de sang s'exagèrent subitement. Le pouls de la femme devient plus faible et plus rapide.

Au toucher, dilation comme 2 francs.

Cette fois, à travers l'orifice, on sent toujours une région membraneuse épaisse, mais on constate qu'elle est entourée de masses molles donnant la sensation d'un gâteau placentaire.

Derrière le placenta qui obture l'orifice du col, on devine la tête du fœtus.

On essaie vainement et à différentes reprises de décoller le placenta et de le contourner pour atteindre les membranes et les rompre, afin d'enrayer l'hémorragie.

Partout le placenta est adhérent à la paroi utérine. Les bruits du cœur fœtal sont excellents. Le pouls de la femme s'élève à 100.

Le docteur Reymond fut alors appelé.

« A mon arrivée dans le service, dit-il, je trouve une femme répondant à peine, ayant les extrémités froides : son pouls qui était de 100 pulsations peu de temps auparavant, me parut incomptable. La malade continuait à perdre avec grande abondance; j'eus l'impression que le moindre retard équivalait à une terminaison fatale.

« La malade était déjà sur la table d'opération. Quelques gouttes de chloroforme, injection sous-cutanée de sérum durant l'opération; laparotomie. Les six pédicules sont pincés et sectionnés; hystérectomie totale. J'eus le soin de laisser le minimum de temps entre le moment où je pinçai la seconde utérine et celui où je sectionnai le vagin.

« En plaçant l'utérus sur le plateau qu'on me tendait, je fis signe à un interne de l'ouvrir aussitôt et pendant que je jetais la première ligature sur un pédicule vasculaire j'entendais les cris de l'enfant, qui pesait 3.130 grammes.

« Je n'ose dire exactement le temps écoulé entre l'hystérectomie et la sortie de l'enfant, mais j'estime qu'entre le pincement de la seconde utérine et l'ouverture de l'utérus, il s'est écoulé moins d'une minute.

« Je n'ai pas hésité dans ce cas (que je considère comme exceptionnel), à préférer l'hystérectomie totale à l'ouverture préalable de l'utérus. La mère et l'enfant se portent bien. Je crois qu'il n'en eût pas été de même pour la mère si, en procédant à l'hystérotomie, on eût prolongé la chloroformisation et l'hémorragie. »

Suites opératoires excellentes.

La femme sort du service le 15 novembre 1910 parfaitement guérie. Elle a commencé l'allaitement dès le surlendemain de l'opération.

OBSERVATION II (*Service de M. Reymond*). *Opérée par MM. Reymond et Casalis*

L... Eugénie, 35 ans.

Antécédents sans intérêt, si ce n'est un accouchement aux fers, fait en ville, avec rupture complète du périnée.

Perinéorraphie dans le service en mai 1910 où elle rentre le 4 juin 1912 enceinte de 7 mois.

Le col est dur, la lèvre antérieure hypertrophiée, irrégulière, ulcérée; il existe des noyaux dans la lèvre postérieure; diagnostic d'épithélioma confirmé durant le séjour à l'hôpital.

Le 20 juillet 1912, début du travail.

La femme nettoyée est amenée à la salle d'opération.

Incision allant du pubis jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'utérus est extériorisé. Pinces sur les ligaments ronds, section de ces ligaments. Pinces sur les ligaments larges, que l'on sectionne. On désinsère la vessie. On compte à ce moment pincer l'artère utérine droite puis sectionner le vagin pour ne couper qu'en deuxième lieu l'utérine gauche. Mais la veine utérine gauche ayant saigné abondamment, on pince d'abord le pédicule gauche. Puis on sectionne le vagin. Enfin on pince et on sectionne le pédicule droit. Entre le moment où on a pincé l'utérine droite et l'ablation de l'utérus, il s'écoule 10 secondes.

L'utérus placé dans un plateau est immédiatement ouvert et 30 secondes après que l'on a pincé l'utérine droite, un aide sort de l'utérus un enfant vivant qui crie de suite.

On termine l'hystérectomie comme dans une intervention ordinaire.

Suites opératoires normales, début de l'allaitement 3 jours après l'opération.

La femme sort du service en bonne santé le 27 août 1912. Son enfant se porte très bien.

L'examen histologique des noyaux du col, a montré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

OBSERVATION III

Service de M. Reymond (opérée par MM. Casalis et Lecocq)

Quatre premiers enfants, présentation du siège, accouchements très pénibles. Tous morts au dégagement de la tête. Cinquième enfant présentation du siège fait avec beaucoup de difficultés. Entre dans le service le 21 septembre 1913 à 5 heures ½ du soir, en travail depuis 12 heures. La poche des eaux est rompue, la dilatation complète. L'enfant bien portant, tête en transverse non encore engagée. Le bassin est aplati. Le doigt vaginal atteint facilement le promontoire et indique un diamètre antéro-postérieur de 8 centimètres environ. On décide d'attendre, l'accouchement ne paraissant pas impossible spontanément.

Le 22 septembre, à 7 heures du matin, l'utérus se contracture, tandis que les bruits du cœur du fœtus qui émet du méconium se ralentissent.

La présentation n'a pas fait de chemin depuis la veille.

Craignant une rupture et instruit par l'histoire des acouchements antérieurs on ne songe à la version et à l'application de forceps que pour les repousser.

On décide l'hystérectomie césarienne tant en raison des risques de grossesses ultérieurs que par craintes d'infection, car de nombreux touchers ont été pratiqués depuis la veille au matin, la poche des eaux étant rompue.

La femme est portée sur la table d'opération. Anesthésie à

l'éther. On la sonde et on badigeonne le vagin, le col et la présentation à la teinture d'iode.

Incision partant de quatre travers de doigts au dessous de l'appendice xyphoïde et descendant jusqu'au pubis.

L'utérus est extériorisé et isolé par des champs avec soin de la cavité péritonéale.

Ligature puis section des ligaments ronds et larges de chaque côté, décolement de la vessie. Les vaisseaux utérins volumineux sont alors pincés et, rapidement, on sectionne circulairement aux ciseaux le segment inférieur autour de la tête du fœtus. L'utérus posé sur un plateau est ouvert de suite par un aide qui attend les ciseaux à la main dans la pièce voisine. L'enfant qui pèse 3.870 gr. crie presque aussitôt. Réfection du bassin comme dans une hysthérectomie banale.

Drainage vaginal.

En enlevant les champs abdominaux l'appendice, rouge et turgescent, manifestement malade, se présente.

Appendicectomie.

Fermeture en trois plans aux catgut et agrafes.

Suite opératoires apyrétiques excellentes. L'allaitement maternel débute le surlendemain et l'enfant augmente de poids normalement :

Au 19e jour, le 10 octobre 1913, la mère et l'enfant, bien portants, sortent de l'hôpital.

OBSERVATION IV

(Opérée par R. Casalis)

F. Marie, 34 ans, amenée dans le service de la Maison de Nanterre le 17 octobre 1914, à terme et en travail.

Hémorragies assez abondantes. Le diagnostic de placenta

prœvia est posé. Le col n'étant pas dilaté, on essaye la dilatation lente avec le ballon de Champetiers de Ribes.

Le 18 octobre au matin, malgré les poses de ballon, la dilatation n'est pas commencée. La compression du ballon a arrêté partiellement l'hémorragie. Par contre on constate que la température axillaire atteint 38.7 et que la femme perd du sang et du pus.

Devant ce diagnostic d'infection utérine avec impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, on décide d'intervenir par voie haute et d'enlever l'utérus.

Incision ombilico pubienne permettant d'extérioriser l'utérus. Hystérectomie totale. Les ligaments et les pédicules sont pincés rapidement sans ligatures.

En sectionnant le vagin, on constate qu'il est très œdématié et sur la paroi avoisinant le col on note la présence d'une quantité appréciable de pus. Cette paroi est badigeonnée à la teinture d'iode. Fermeture du vagin en laissant un drain vaginal.

Péritonisation après ligature des pédicules.

Badigeonnage péritonéal à l'éther et drain dans le cul de sac de Douglas.

L'utérus a été confié à un aide qui, dans la salle voisine, en a sorti un enfant étonné mais qui respire et crie rapidement.

Malheureusement, la femme décéda 4 jours après l'opération, le 22 octobre 1914 de péritonite diffuse.

L'enfant partit en nourrice en parfait état de santé.

OBSERVATION V

(Opération de Ville. R. Casàtis)

Mme S., à Asnières, V parc, 36 ans. Les 4 premiers enfants vivants et bien portants.

Vers le mois de septembre 1914, les dernières règles datant de mai, la femme présente un première hémorragie abondante qui fait croire à une fausse-couche. Repos absolu. Injections chaudes, médication opiacée. L'hémorragie se calma. La malade reste au repos jusqu'à la fin de sa grossesse. En effet, chaque fois qu'elle veut faire un effort, elle perd à nouveau en abondance.

Le 4 février 1915 la femme présente un faux début de travail qui est accompagné d'hémorragies.

Le 12 février 1915, à 3 heures de l'après-midi, début des contractions utérines douloureuses. Le médecin traitant étant absent la parturiente n'est pas vue à ce moment. Elle est examinée pour la première fois le soir vers 8 heures. Col presque complètement effacé derrière lequel on sent non pas la tête fœtale mais une masse molle que l'on reconnaît être le placenta.

A 10 heures du soir, la dilatation semble commencer et s'accompagne d'hémorragies. Rupture spontanée de la poche des eaux, liquide opalescent.

A partir de ce moment les contractions utérines douloureuses se succèdent presque sans interruption.

Le 13 février, à 2 heures du matin, on constate que l'utérus semble rester continuellement contracté, la malade se plaint d'ailleurs de « douleurs qui ne s'arrêtent pas ». La dilatation est comme 50 centimes.

Injection de morphine et la malade est immédiatement transportée à une maison de santé dans l'automobile du médecin traitant.

A l'arrivée on constate que les menaces de rupture de l'utérus en forme de sablier n'ont pas cessé.

On décide donc l'opération. L'enfant étant vivant on pratique de suite l'hystérectomie sans ouverture préalable. Temps total de l'opération, 32 minutes.

Enfant du sexe masculin et vivant.

La malade sortit guérie de la maison de santé au 18e jour après des suites simples apyrétiques.

Elle reprit ses occupations (direction d'une hôtellerie de l'armée du Salut) deux mois après l'opération.

Elle et son enfant ont été revus depuis à plusieurs reprises en excellente santé.

CONCLUSIONS

1° Dans les cas où la césarienne mutilatrice est nécessaire, il est clasique de pratiquer : d'abord une hystérotomie, suivie d'une hystérectomie ou bien une amputaton utéro-ovarique (Porro).

2° L'hystérotomie a l'inconvénient de la longueur opératoire (deux opérations successives), de l'hémorragie, du risque de l'infection.

3° L'opération de Porro, plus rapide, moins sanglante, a contre elle ses suites opératoires (moignon qui se sphacèle), ses risques de complications secondaires (hémorragies par glissement, infection du moignon), ses séquelles éloignées (éventration, troubles vésicaux), son outillage spécial (broches, lien).

4° L'opération pratiquée pour la première fois par M. Emile Reymond à la Maison de Nanterre et qui consiste dans l'hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus, l'enfant étant vivant, n'a aucun de ces inconvénients.

5° La femme n'en souffrira pas plus que d'une hystérectomie pour fibrome.

6° Si l'on a constaté la vie de l'enfant avant d'opérer, l'enfant doit être sorti vivant.

7° L'allaitement pourra être commencé deux ou trois jours après l'opération.

En conséquence, chaque fois que la césarienne mutilatrice devra être pratiquée, il y a lieu d'employer le procédé que nous décrivons et qui est dû à notre regretté Maître, à la mémoire duquel nous dédions cet ouvrage.

Vu : Le Doyen, ROGER

Vu : Le Président de thèse BROCA

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice- Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Boquel. — Soc. d'obst. de gyn. et de pédiat. de Paris, 16 juin 1910.

Bouffe de St-Blaise. — Une simplification du matériel nécessaire pour faire une opération de Porro. Soc. d'obs. de gyn. et de pédiat. de Paris, 16 janvier 1911.

Casalis et Lecocq. — Accouchement par hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus, l'enfant étant vivant. Annales de gyn. d'obst. et de pédiatrie, février 1914.

Champetier de Ribes. — Traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. Soc. d'obst. de gyn. et de pédiat. de Paris, 13 mars 1911.

Couvelaire. — Introduction à la chirurgie utérine obstétricale.

Couvelaire. — Traitement chirurgical des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. Soc. d'obst. de gyn. et de pédiatrie de Paris, avril 1911, p. 218.

Couvelaire. — Hystérectomie supra vaginale sans évacuation préalable de l'utérus gravide au voisinage du terme. Soc. d'obst. de gyn. et de pédiatrie de Paris, 13 décembre 1909, p. 358.

Delletrez. — Grossesse et fibrômes utérins. Bull. de la société belge de gyn. et d'obstétrique. 1910-1911, n° 1.

Fraipont. — Revue mensuelle de gyn. et d'obst. et de pédiatrie, sept. 1910, p. 377.

Kouwer. — L'obstétrique, janvier 1911, page 49.

Kroenig. — Zentralblatt f. gyn. 1908, n° 46, p. 1497.

Labusquière. — Revue générale. Annales de gyn. et d'obstétrique, juillet-août 1909.

Lepage. — Soc. d'obst. de gyn. et de pédiatrie de Paris, 2 mars 1900.

Mouchotte. — Annales d'obst. et de gynécol., avril 1910.

Paukow. — Isthmus placenta und Kaiserschnitt. Bertrage zur Geburot und gyrae. 1910. Bd. XVI Sfelff, 1, page 71.

Pinard. — Fonct. de la Maison d'acc. Baudeloque. Année 1907.

Raineri. — La Rassegua d'Ostretric. Ginecol, 1906, p. 734.

Reymond et Casalis. — Hémorr. graves par placenta praevia hystérectomie sans ouverture préalable. Soc. d'obst. de gynécol. et de pédiatrie de Paris, 11 février 1911.

Ribemont Dessaigne et Le Lorier. — Opération césarienne chez une primipare présentant une hémorragie par insertion vicieuse du placenta. Soc. d'obst., de gyn. et de pédiatrie de Paris, 13 mars 1911.

Routh. — Journal of obstet and gynecol. Britich Empire, janvier 1911, page 1.

Sellheim. — Zentralblatt fur gynecol. 1908, n° 46, p. 1297.

Sellheim. — Gynecol. Rundschau 1909. Helft 2, p. 61.

Vanverts. — 2 cas d'opération césarienne pour placenta praevia. Revue mens. d'obst. et de gynécol. 1909, page 287.

LIMOGES. — IMP. COMMERCIALE PERRETTE

42

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE